

HYGIÈNE DENTAIRE DE L'ENFANT

De trois à quinze ans

NOTES D'UN PRATICIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 16 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaspard-Félix-Victorin GUILLOT

Ex Privat-Docent d'Odontologie à l'Université de Genève,

Membre de la Société anthropologique de Lyon.

Ex-Capitaine Adjudant-major d'Artillerie (1870-1871), etc., etc., etc.

Chirurgien-Dentiste.

Né à Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire), le 30 mars 1843.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Mars 1894

HYGIÈNE DENTAIRE DE L'ENFANT

De trois à quinze ans

NOTES D'UN PRATICIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 16 mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaspard-Félix-Victorin GUILLOT

Ex Privat-Docent d'Odontologie à l'Université de Genève,

Membre de la Société anthropologique de Lyon,

Ex-Capitaine Adjudant-major d'Artillerie (1870-1871), etc., etc., etc.,

Chirurgien-Dentiste.

Né à Montreuil-Bellay (Maine-et-Loire), le 30 mars 1843.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Mars 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		POLLOSSON (Maurice)
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.), id.
Botanique	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON (Aug.).	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Et.).	
	BARRAL, chargé des fonctions d'agrégé.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, *Président*; CONDAMIN, *Assesseur*; GANGOLPHE et ROCHET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MON PREMIER MAÎTRE

FÉLIX-JEAN GUILLOT

Docteur en médecine.

A LA MÉMOIRE

DE MON EXCELLENTE MÈRE

MEIS ET AMICIS QUI FUERUNT

HIS ET NUNC QUI VITAM TRAHUNT

HYGIÈNE DENTAIRE DE L'ENFANT

De trois à quinze ans

NOTES D'UN PRATICIEN

INTRODUCTION

Ce n'est pas d'hier que date la lutte pour l'existence. Elle fut de tout temps, se modifiant au fur et à mesure suivant les époques, suivant les dangers, suivant les besoins.

Nous sommes à une époque où l'intelligence cherche à suppléer à l'insuffisance des forces physiques. Nous sommes bien loin des fortes races de la vallée du Rhin et plus tard de *Cro-Magnon*, dont les dents servaient aussi bien à l'attaque qu'à la défense. Ces aïeux étaient carnivores, et ce n'est qu'après la période glaciaire qu'ils devinrent omnivores. Ils étaient dolichocéphales et prognathes. Mais peu à

peu le prognathisme diminua à mesure que les mâchoires furent de moindre utilité pour l'attaque ou la défense et que les mains vinrent à les remplacer avantageusement. Nous n'avons plus à lutter physiquement comme nos ancêtres, c'est entre les intelligences surtout que la lutte se circonscrit.

Pour que l'intelligence d'un être fonctionne bien et l'aide à supporter vaillamment l'existence, il faut que cet être soit dans les meilleures conditions physiologiques possibles. Il faut que le cerveau soit nourri, il faut du sang pour nourrir celui-ci ; pour faire du sang, il faut manger, triturer ses aliments et les bien digérer. La première des conditions pour cela, c'est d'avoir de bonnes dents. Sans de bonnes dents l'organisme humain périclitera dans son entier.

Être armé jusqu'aux dents n'est donc point un vain mot. Il faut que dès l'enfance la plus tendre le médecin de la famille et les parents s'inquiètent de l'armature buccale des enfants dont ils ont l'éducation à faire. L'avenir de ces petits êtres en dépend. Nous n'avons pas eu l'intention de faire un traité, le cadre de ce travail ne le permet point. Nous avons voulu seulement esquisser une règle générale à suivre concernant l'hygiène dentaire des enfants depuis l'âge de 3 ans jusqu'à 15 ans.

Nous avons divisé ce laps de temps en trois périodes :

— La première de 3 à 6 ans, pendant laquelle l'enfant ne se sert que de ses dents temporaires.

— La seconde de 6 à 7 ans, période d'éruption de la première molaire permanente.

La troisième de 7 à 15 ans, pendant laquelle toutes les dents temporaires sont remplacées par des dents permanentes, et font aussi leur éruption les deuxièmes molaires permanentes qui, comme les premières molaires, ne sont pas des dents de remplacement.

Pour mieux nous faire comprendre, nous donnons une description anatomique succincte de la dent. Celle-ci se compose :

1° De la *pulpe*, qui occupe la cavité de la couronne et le canal qui traverse la racine;

2° De la *dentine* ou ivoire, qui constitue l'élément principal de l'organe;

3° De l'*émail*, qui recouvre et protège la couronne;

4° Le *cément*, qui revêt la racine.

La partie exposée des dents qui s'élève au-dessus de la gencive s'appelle la *couronne*.

Celle qui est renfermée dans l'alvéole est la *racine*.

La partie étroite qui sépare la couronne et la racine s'appelle le *collet*.

On appelle faces *proximales* ou *contiguës* des dents la face postérieure d'une dent et la face antérieure de celle qui vient derrière elle.

Nous appelons *péricémentite* l'inflammation de la membrane qui enveloppe le cément, et connue jusqu'à ce jour sous le nom de *périoste dentaire*. Le terme de *périodontite* s'applique à la généralisation de l'inflammation de la membrane alvéolo-dentaire.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0075

PREMIÈRE PÉRIODE

(De 3 à 6 ans)

Les dents temporaires ou caduques, improprement appelées dents de lait, ont terminé leur éruption vers 3 ans environ. Bien que les couronnes forment à cette époque une armature buccale complète, les racines n'ont pas encore achevé leur développement, et ce n'est guère que vers la sixième année qu'on peut dire que la denture temporaire est entièrement terminée (1).

A partir de ce moment les dents commencent à s'écarter et sont projetées en avant, c'est le phénomène précurseur de leur chute.

Les dents caduques sont ordinairement régulières dans la bouche. Blanches, nacrées, brillantes, beaucoup plus petites que les dents permanentes, elles font souvent l'admiration des parents qui sont plus tard désolés de voir, pour une raison pathologique ou autre, les dents de remplacement fort peu en rapport

(1) DEBIERRE et PRAYAZ, *Archives de physiologie*, juillet 1886.

avec ces dernières et présentant des affections particulières ou des implantations vicieuses inconnues des premières.

Les dents temporaires sont beaucoup plus friables et moins résistantes aux acides buccaux. Leur séjour dans la bouche ne devant être que passager, et leur service limité, leur texture minérale est moins dense que celle des dents permanentes.

La cavité centrale de la caduque est très large, les parois qui protègent la pulpe dentaire sont donc plus minces et plus susceptibles par conséquent d'être altérées par les agents extérieurs.

Nous entendons ici, par ce dernier mot, toute cause chimique ou mécanique qui puisse atteindre la dent : *carie, fracture, abrasion, etc.*

La pulpe dentaire, qui est un organe vasculaire et nerveux éminemment impressionnable, se trouve par ce que nous venons de dire plus haut dans des conditions de vitalité particulières. Aussi les lésions de la pulpe sont-elles fréquentes chez les enfants. Ces lésions sont accompagnées de douleurs fugaces d'abord, violentes plus tard, et à ce point quelquefois de priver de fonctionnement le côté de la bouche affecté.

A 3 ans, l'enfant possède vingt dents. Il est bon que le médecin de la famille, qui a commencé souvent par être l'accoucheur de la mère et est resté le médecin des enfants plus tard, avertisse les parents de cet état de choses.

Nous appuyons sur ce point parce qu'il nous est arrivé maintes fois de voir dans la bouche d'enfants

qu'on nous amenait les premières molaires permanentes profondément cariées. Les parents n'avaient cure ni souci de ces dents, les prenant pour des organes temporaires, et les croyant comme les autres destinées à disparaître et à être remplacées.

Ce qui peut induire les parents en erreur à ce sujet, c'est que les premières molaires permanentes faisant leur éruption vers 6 ans, ce phénomène dentaire passe pour ainsi dire inaperçu. A peine l'enfant a-t-il éprouvé quelques douleurs dont on n'a pas tenu compte, surtout si les caduques voisines sont plus ou moins cariées. La grande masse des parents a l'esprit plus préoccupé de la bonne direction des dents de devant que de l'évolution dentaire qui se fait dans le fond de la bouche.

Les vingt dents de l'enfant disparaissent toutes. La première dentition est composée de 4 incisives, 2 canines et 4 molaires pour chaque mâchoire.

C'est donc avec cette armature buccale que l'enfant va se développer jusqu'à 6 ans et préparer des matériaux pour mener à bien sa seconde dentition. Il est par suite de toute nécessité de lui conserver sa denture en bon état.

L'enfant mange dans un double but : *pour son entretien d'abord* et *pour son développement ensuite*.

Si sa denture est défectueuse, c'est à peine s'il pourra suffire à son entretien. Son développement en sera d'autant retardé.

Nous avons vu des enfants à qui les soins de bouche avaient complètement manqué : petits vieux et petites vieilles avant l'âge, au masque ratatiné comme

celui de produits nés de parents âgés, au corps mal développé, aux chairs molles et flasques, et n'ayant plus ou presque plus de dents dans la bouche. Ces petits êtres étaient les victimes des préjugés et des hérésies dentaires qui ont encore cours parmi un public ignorant les premiers éléments d'hygiène dentaire.

L'idée fausse que les dents temporaires doivent disparaître d'elles-mêmes, qu'elles soient entières ou par fragments, fait qu'on n'y attache pas une grande importance. Nous avons même vu des mères de famille trouver inutile qu'on s'occupât des dents cariées de leurs enfants, puisqu'elles devaient être remplacées. Peu leur importait la douleur supportée par l'enfant et la longueur du temps qu'il y avait encore à parcourir pour arriver à la chute spontanée de celles-ci. Pour que la dentition permanente se fasse d'une façon régulière, il faut que les dents temporaires soient chassées par leurs remplaçantes, *couronne entière et racines résorbées*.

Il n'en est pas toujours ainsi, c'est donc une chose capitale à inculquer aux parents de la part du médecin. Ce sera aussi la meilleure manière de forcer les parents à regarder un peu plus souvent la bouche de leurs enfants, et à les mener au moins une fois l'an chez le dentiste, pendant cette période de 3 à 6 ans, pour voir si toutes les dents se comportent bien.

On nous amène bien des enfants de 4 ans, de 5 ans, mais dans quel état !

Il a fallu que l'enfant se plaigne depuis plusieurs jours, que sa mastication soit devenue impossible,

que des crises douloureuses et violentes lui aient enlevé tout sommeil et que ses cris aient empêché ses parents de dormir, pour que ceux-ci se décident à réclamer pour lui les soins du dentiste.

Ce dernier, après un examen minutieux, rencontre en la bouche une ou sinon plusieurs dents très atteintes par la carie et très douloureuses au moindre contact. Ces dents auraient pu facilement conserver leur fonction si le mal avait été enrayé à temps. Mais l'examen montre que la carie est arrivée à ce point, que l'extraction seule est le remède indiqué.

Le cas quelquefois se complique, et la carie a eu pour conséquence fâcheuse une *périodontite* avec suppuration et *ostéite* partielle du maxillaire.

Complication grave, car la dent correspondante se trouvant au milieu de tissus malades ne trouve guère une nourriture appropriée à son bon développement. Là encore, ce n'est qu'à l'extraction qu'on peut avoir recours. Une fois tous les phénomènes morbides disparus, l'enfant repose, reprend ses forces et sa gaité, mange mieux, mais a perdu néanmoins un facteur important pour la trituration de ses aliments.

Bien que les *incisives* et *canines* de l'enfant ne doivent point être négligées, néanmoins les caries de ces dents n'ont pas une importance aussi grande que celles des molaires. C'est donc surtout celles-ci que nous avons en vue. Ce sont elles en effet qui font la vraie besogne, c'est à elles aussi que s'attaque de préférence la carie dentaire. La raison en est simple. Si l'on considère la face triturante des molaires en général et des temporaires en particulier, on voit des

petits tubercules séparés par des dépressions et des sillons sur lesquels les couches d'émail sont souvent incomplètes.

Ces dents faisant office de meules, broyant les aliments par conséquent, s'usent plus ou moins par suite de ce travail. L'usure s'augmente quand on a donné aux enfants la mauvaise habitude de manger des dragées, du sucre en morceaux, du chocolat en croquettes; toutes choses fort dures pour lesquelles les premières dents ne sont point faites. Ce travail mécanique dissocie plus ou moins les prismes de l'émail qui recouvre la face triturante de la dent. Si vous ajoutez à cela l'action chimique due à la fermentation des débris alimentaires incrustés pour ainsi dire dans les dépressions et sillons dont nous avons parlé, le manque des soins de bouche et la prédisposition héréditaire du sujet, nous ne tarderons pas à voir la carie se produire.

Chez les enfants qui nous occupent, la carie se manifeste soit sur le centre de la face triturante, soit sur les faces contiguës des deux molaires. Ce sont du moins les variétés les plus fréquentes.

Lorsque la carie est centrale, il est facile pour le médecin comme pour les parents de s'en apercevoir. L'enfant lui-même les préviendra qu'il éprouve de la douleur en mangeant. Cette douleur est très supportable et disparaît dès le repas terminé.

Ces caries se développent avec assez de rapidité; il se forme une cavité qui augmente de profondeur par suite du ramollissement de la dentine. Cette cavité devient le réceptacle des matières alimentaires

qui s'y introduisent, s'y tassent et détermineront une compression sur la pulpe à travers le léger *septum* de dentine saine qui lui sert encore de protection. C'est surtout pendant la mastication que la douleur s'accroît et finit par ne plus être tolérée.

Il est donc prudent de ne pas laisser s'augmenter cette carie et d'y parer au plus vite.

Les caries *proximales* sont plus pernicieuses que les autres, en ce sens que l'enfant est bien plus long à s'en apercevoir. Quelques sensations douloureuses au froid, tout au plus, a-t-il à supporter à de rares intervalles. Ce n'est que lorsque la partie triturante de l'émail correspondant à la carie vient à céder sous les efforts de la mastication que la dent ou les deux dents deviennent véritablement douloureuses, et que l'enfant se refuse à manger du côté malade.

Si le médecin de la famille examine de temps à autre la bouche des enfants qui lui sont confiés, il pourra voir, dans l'espace triangulaire et interstitiel qui sépare les molaires entre elles, des petites taches noires sur les faces de celles-ci. Ces taches ne disparaissent point par le lavage, et s'il prend une sonde exploratrice et qu'il essaye de gratter ces points noirs, il finira par faire pénétrer la pointe de son instrument dans le tissu dentaire lui-même. Il aura affaire alors à une carie au début. C'est à ce moment qu'il faut agir, c'est-à-dire empêcher par un traitement curatif la carie de s'augmenter.

L'enfant qui a une mauvaise première dentition a toutes les chances voulues pour ne pas avoir bonne la dentition permanente. Il est donc de toute néces-

sité de conserver à celui-ci ses moyens mécaniques de nutrition.

C'est surtout aux dents temporaires que les parents doivent veiller. Jusqu'à ce jour, on a négligé de le faire. Il est du devoir du médecin, et du dentiste ensuite, de faire pénétrer dans l'esprit des familles que c'est grâce à de bonnes dents temporaires, bien entretenues, que les enfants se développeront dans les meilleures conditions physiques et morales.

Il en est des enfants comme des grandes personnes. Qui digère bien et se porte bien est porté à la gaieté, à l'expansion, à la franchise. Un enfant a-t-il au contraire de mauvaises dents, il apprendra de bonne heure à ne plus mâcher ses aliments, afin de ne pas souffrir à leur contact. Il les escamotera pour ainsi dire, en les avalant en bloc sans être divisés. La suite de cet état se manifestera par des indigestions perpétuelles, et comme conséquence, des dyspepsies rebelles et opiniâtres avec le caractère typique qui les accompagne.

Quelles sont donc les soins à donner aux dents temporaires ?

Nul n'ignore que la propreté est une des premières conditions hygiéniques pour se bien porter. Si d'aucuns, prennent souci de leur corps extérieurement, bien peu s'occupent de leur bouche. C'est peut-être la partie la plus négligée. Quand on fait aux adultes des observations sur le mauvais état de leurs dents et de la nécessité de laver celles-ci plusieurs fois par jour, la réponse qui vous est faite est presque toujours la même : « Nous n'avons pas le temps ».

Que dire à cela? Le constater et se persuader que dans notre beau pays de France l'éducation hygiénique est encore à faire.

Pouvez-vous exiger des petits ce que ne font pas les grands? C'est difficile. Il faut donc que le médecin l'impose aux parents et force ceux-ci à éduquer leurs enfants à être propres.

L'enfant qui, de bonne heure, a su se laver et se frotter les dents avec une brosse appropriée à son âge, n'aura aucune peine plus tard à continuer ces soins, qui feront partie de sa toilette intime. C'est donc un tort d'attendre que les enfants atteignent l'âge de 10 à 12 pour leur persuader qu'il est de leur intérêt de se brosser les dents et de se laver la bouche.

Le premier se soignera d'une façon méticuleuse. Le second au contraire aura une hygiène détestable et se soignera par boutades et quand il aura le temps.

Doit-on conseiller aux enfants certains dentifrices? C'est selon. Dans tous les cas, il ne faut jamais autant que possible, pour les enfants comme pour les grandes personnes, se servir d'eau froide. La température de la bouche est ordinairement de 37° au-dessus de 0°. L'eau froide n'en a guère que 4 au-dessus. Si l'on introduit dans la bouche une masse d'eau froide ne dépassant pas 4°, on fait subir aux dents un abaissement brusque de température de 33°. Cet abaissement n'est pas sans influencer d'une façon grave la pulpe dentaire, à quelque dentition qu'elle appartienne. La dent humaine supporte une température variant de 90° à 100°, aussi est-il très imprudent de

boire ou faire boire frais après l'ingestion des aliments chauds qui approchent de cette température. L'estomac ne s'en trouve pas bien et les dents encore moins.

L'eau, si possible, employée pour la toilette de la bouche, doit être alcalinisée avec un peu de bicarbonate sodique. Il faut faire prendre l'habitude aux enfants de se laver la bouche après chaque repas. Beaucoup de gens doivent la prolongation de leurs dents à ce régime hygiénique. On avait autrefois l'habitude du *rinse-bouche* ; un faux respect humain, une pudibonderie que rien n'explique, a fait disparaître des salles à manger ce meuble si utile. On fait semblant maintenant de se laver le bout des doigts dans une petite cupule de verre qu'on vous présente pleine d'eau tiède à la fin de votre repas. Les Romains, gens de goût et pratiques et aussi fins gourmets, avaient inventé le *Vomitorium*. C'était un endroit spécial où après le repas on allait laver la bouche et les dents avant de déguster le Falerne et autres vins fins complément indispensable de tout festin. Il est en effet reconnu que même une simple tasse de café est plus appréciée lorsque la bouche est débarrassée des matières alimentaires que lorsqu'elle en est encore encombrée.

Si parfois l'enfant a sur ses dents des dépôts plus ou moins jaunâtres ou verdâtres, ce que l'on remarque principalement sur les dents supérieures, il lui faudra se les brosser avec un peu de *craie préparée*. La brosse sèche est chargée de poudre et portée ensuite sur les dents, qui sont frottées sur toutes les

faces. Ceci fait, un lavage à grande eau aromatique débayera la bouche du *magma carbonaté*.

Le brosse ne doit être ni trop molle, ni trop dure, elle ne possédera que trois rangs de soie. La partie active doit être courbée, de telle façon que pendant l'action de se brosser les dents toutes les soies portent également sur les parties à nettoyer, c'est-à-dire que l'arcade alvéolaire étant convexe, la brosse devra avoir une forme concave. Les dents devront être brossées dans tous les sens et sur toutes leurs faces. Une brosse plus large frictionnerait autant les gencives que les dents, ce qui aurait l'inconvénient de les irriter, voire même d'y déterminer de petites ulcérations.

Ces précautions prises, l'enfant peut utiliser ses mâchoires pour son plus grand avantage, si ses dents sont de bonne constitution. Si, ce qui arrive assez souvent, elles ont des dispositions à la carie, les soins hygiéniques que nous venons d'énumérer les en préserveront, ou tout au moins en retarderont l'apparition. Que faut-il faire dans les cas où les dents sont attaquées par la carie ? Nous avons pour objectif les dents molaires, parce qu'elles sont les plus utiles, et parce qu'elles ne cèdent leur place aux bicuspides qu'entre 9 et 11 ans. Voilà donc une période de 3 ans à 9 ans pendant laquelle ces dents vont largement fonctionner. On doit donc les tenir en bon état pendant tout ce temps.

Si nous avons affaire à des caries centrales à leur début, sans douleur, une obturation immédiate est indiquée. On aura préalablement débarrassé la carie

de tous les débris de dentine en décomposition et désinfecté la nouvelle cavité avant d'y introduire la substance obturatrice. Cette opération simple, il est vrai, demande néanmoins certaines précautions. Elle doit d'abord être faite à l'abri de l'humidité, sans quoi elle courrait le risque d'être compromise. Bien que l'enfant se refuse quelquefois au procédé que nous employons, nous conseillons cependant au médecin dentiste de le mettre en pratique. Les enfants bien élevés se laissent ordinairement faire. Ce procédé, que nous avons utilisé pour des enfants de 4 ans, est l'application de la *digue en caoutchouc*. L'appareil consiste en une feuille de caoutchouc très mince percée d'un ou plusieurs trous par lesquels émergent les dents malades. Des clamps en acier faisant ressort serrent la dent au collet et empêchent le caoutchouc de remonter par dessus la couronne. On peut de cette manière faire de l'asepsie et de l'antisepsie tant qu'on voudra. La salive coulera sous la digue, sortira par la commissure des lèvres et viendra se répandre dans un petit bavoir en tissu caoutchouté, qu'on a eu soin de suspendre autour du cou de l'enfant.

Si les dents sont sensibles, il faudra apaiser la douleur avant de faire l'obturation. Les essences sont encore les meilleurs calmants que le dentiste ait à sa disposition. Parmi elles, nous citerons l'*Eugenol*, qui est le principe oxygéné de l'essence de girofle. Il va sans dire qu'il faut appliquer les essences à l'abri de la salive, qui, sans cela, s'en emparerait et servirait de véhicule à ce médicament qui irait produire alors

des ulcérations çà et là sur la muqueuse buccale. Dans tous les cas, il faut éviter les *caustiques* proprement dits, qui, détruisant la pulpe, feront de la dent malade une dent morte; par conséquent un corps étranger dans l'économie, un véritable séquestre, dont la mâchoire se débarrassera dans un temps plus ou moins éloigné. La dent morte ne se résorbe pas. Lorsqu'elle est chassée de l'économie, les racines n'ont pas varié sensiblement, tandis que la couronne a pu subir une détérioration constante. La dent permanente qui doit remplacer la dent morte se trouve gênée dans son évolution par cet obstacle pathologique.

Quand le médecin s'aperçoit chez les enfants dont il a la charge que les dents sont atteintes de caries interstitielles, il faut qu'il y remédie immédiatement. Si la carie est au début, il sera facile d'obturer de petites cavités; si au contraire les caries sont plus avancées, sans cependant être douloureuses, il faudra séparer les dents l'une de l'autre. Ce travail se fait avec une lime appropriée à cet usage. Il faudra procéder à ce limage avec une sage lenteur, rafraîchir de temps en temps la lime avec de l'eau, de façon à ce que les dents ne soient point trop échauffées par suite d'un frottement prolongé. Il en résulterait autrement pour l'enfant une douleur pénible à supporter. La séparation entre les dents doit avoir la forme d'un V dont l'ouverture se trouvera du côté de la face libre de ces organes. Cette forme de séparation permet à la langue de balayer les aliments qui auraient tendance à s'y loger. L'emploi du *cure-dent* devient plus facile ainsi que celui des

fil de soie qu'on a soin de savonner avant de les introduire entre les dents. Les deux parois des organes limés devront être polies finement, afin que la dentine mise à nu soit moins apte à l'imbibition par les liquides buccaux.

Si la carie est douloureuse, il faudra employer les mêmes moyens que précédemment, et se rappeler qu'on est proche de la pulpe; qu'il faut par conséquent aller avec précaution en procédant à l'excavation.

Les accidents consécutifs à la carie des dents caduques sont des *abcès* des *phlegmons*, qui heureusement n'ont pas des conséquences aussi graves que plus tard dans l'âge moyen, parce que les parents se décident plus facilement à faire extraire une dent temporaire qu'une dent permanente à leur enfant.

Nous ne croyons pas nécessaire d'entrer dans plus de détails sur les soins à donner à la bouche des enfants de 3 à 6 ans. Nous jugeons avoir été assez explicite.

DEUXIÈME PÉRIODE

(De 6 à 7 ans)

Pendant trois ans environ, l'enfant a été tranquille au sujet de ses dents. Vers 6 ans, une dent, dont l'apparition a commencé au quatre-vingt-dixième jour de la vie fœtale, vient à émerger de la gencive, derrière la deuxième molaire temporaire. C'est la première molaire permanente. Cette dent, large et belle, quand elle n'a point subi d'arrêt dans son évolution, est quelquefois atteinte de bonne heure dans son existence par suite d'un défaut de nutrition, remontant soit à la grossesse difficile de la mère ou au développement incomplet de l'enfant dû aux maladies dont il a pu être atteint avant l'époque de l'éruption.

Le médecin doit donc la veiller et engager les parents à en faire autant.

Il ne faudra laisser aucune prise à la carie, se servir de brosse, surtout sur la face triturante, car ces dents étant les dernières dans le fond de la bouche, sont plus sujettes que les autres à être salies par les débris alimentaires que les mouvements des joues

et de la langue ne sauraient enlever aussi facilement que sur les autres dents.

Dans notre carrière déjà longue de praticien dentiste, à notre cabinet et aux différentes cliniques dont nous fûmes et sommes encore chargé, nous avons vu cette dent occasionner à elle seule autant de complications pathologiques que les autres dents réunies. La plupart du temps, par suite d'ignorance, d'indifférence ou de conseils maladroits.

Comme nous l'avons dit plus haut, cette dent peut être atteinte dans son existence. Si au moment où l'émail se déposait sur la dentine, quelque arrêt a pu se produire, il a pu se faire que les prismes de celui-ci n'aient pu se rejoindre, et aient intercepté entre eux des espaces libres laissant la dentine à découvert. Ces défauts, qui ne sont perceptibles qu'à la sonde exploratrice, passent souvent inaperçues devant un examen superficiel. Dans ces trous, dont l'ouverture est plus petite que n'est la base, s'entassent des débris alimentaires qui y fermentent. Des bactéries et des bacilles s'y développent, colonisent, pénètrent les canalicules dentinaires, et la carie qui en est la conséquence s'accroît chaque jour en profondeur. Cette dent étant plus résistante que les molaires temporaires, la pulpe se trouve impressionnée beaucoup moins rapidement. Ce n'est qu'au moment où la couche supérieure d'émail vient à s'effondrer, n'ayant plus de dentine pour la soutenir, qu'on s'aperçoit de la gravité du cas.

Il faut donc faire un examen minutieux de ces dents, afin qu'elles puissent être obturées dans d'excellentes conditions.

Nous avons dit ailleurs que le médecin devait tenir les parents en garde au sujet des premières molaires, parce que beaucoup se figuraient qu'elles n'étaient que des dents temporaires.

Cette ignorance du reste, qui tient à notre éducation générale, est cause souvent de graves désordres, qu'un peu d'attention aurait pu éviter.

Si nous jetons un coup d'œil sur les désordres que peut amener une dent première molaire permanente que la carie a atteinte et qui a été abandonnée à elle-même, voici ce que nous voyons :

1° Outre les douleurs violentes occasionnées par une pulpite aiguë ordinairement suivie de gangrène de la pulpe, il y a absence de fonctionnement du côté de la dent malade. Le tartre s'accumule de ce côté, s'introduit entre la gencive et la dent, détermine une gingivite bénigne d'abord, mais qui plus tard se complique d'ostéite des procès alvéolaires et de résorption de la gencive, conséquence ordinaire.

Si l'enfant a l'habitude de se servir de la brosse à dents, il ne la continuera point, car, à ce moment, l'action en sera douloureuse. Si l'on ne portait prompt remède alors, les dents s'ébranleraient et finiraient par tomber.

L'haleine devient en outre fétide, les liquides buccaux se vicient, et il survient des troubles de la digestion, des affectations oculaires, des douleurs d'oreilles, des névralgies, etc., etc.

2° La pulpe étant mortifiée et les débris restant dans la cavité centrale et les canaux radiculaires, la

septicémie ne tarde pas à gagner l'extrémité des racines et y développer une périécementite suivie bientôt de périodontite et plus tard de suppuration. Il arrive quelquefois que les phénomènes inflammatoires n'aboutissent pas et que, au contraire, des phénomènes de régression viennent à se produire. Néanmoins, il ne faut point se fier sur cet état passager. Ce n'est qu'un ajournement plus ou moins éloigné. La dent, d'abord plus haute que les autres, sensible à la pression du doigt, au contact des autres dents qui la viennent rencontrer, même à la pression de la langue contre ses parois, ressemblant à un morceau de caoutchouc que le malade mâcherait, éprouvant une exacerbation de douleur par la percussion, revient après quelques jours d'accès aigu à se raffermir dans son alvéole. Cette dent qui ne pouvait supporter la chaleur, mais chez qui le froid produisait un calme relatif, qui se sentait soulagée par une pression continue mais redevenait horriblement sensible dès que la pression disparaissait, finit par reprendre son rang à côté des voisines.

Quoi qu'il en soit, elle restera comme un corps étranger et ne reprendra jamais entièrement ses fonctions masticatrices.

Cet état peut durer quelque temps. Puis la suppuration s'établira et se fera jour à travers les parties osseuses et les parties molles. On trouve alors sur la gencive et dans la partie déclive correspondante à la dent un petit trajet fistuleux par lequel, lors des poussées inflammatoires, de petites gouttes de pus viendront à sortir. Ces fistules sont pour cette dent de petites soupapes de sûreté temporaires.

Malheureusement la chose ne se passe pas toujours ainsi. Nous avons vu le côté le moins grave de l'affection qui nous occupe. Les collections purulentes sont quelquefois beaucoup plus considérables et se font jour tantôt au pourtour de la couronne, à hauteur du bord libre de la gencive, et alors la dent tout entière baigne dans le pus ; tantôt trouvant une issue plus facile du côté des parois du maxillaire en usant la table externe ou interne, suivant que l'affection réside au niveau de telle ou telle racine, elles se font jour à travers les parties molles de la gencive et des joues. Avant la sortie naturelle du pus à travers la joue, il s'est passé différents phénomènes.

La dent atteinte de périodontite chronique compliquée d'ostéo-périostite a déterminé une collection purulente. La joue du côté correspondant est distendue, rouge, luisante, on sent à l'examen, de la fluctuation avec les doigts.

Le malade a de la fièvre et a perdu le sommeil, tellement la douleur est violente. A ce moment, ce n'est pas le dentiste qui est souvent consulté le premier. Le médecin est appelé, voit le cas, ouvre la collection purulente et conseille de faire l'extraction de la dent. Comme le soulagement est la conséquence de l'évacuation du pus, il s'ensuit naturellement que l'enfant allant de mieux en mieux, les parents le considèrent guéri et oublient d'aller chez le dentiste. Mais la cause étant toujours en place, de nouvelles poussées purulentes ne tardent pas à se produire, et comme la peau n'a plus sa résistance primitive, on voit l'abcès s'ouvrir naturellement, à côté de la plaie

cicatricielle occasionnée par le bistouri. Nous nous trouvons alors à avoir de ces fistules qui ne se guérissent point, qui suintent toujours et qui laissent ces orifices en cul-de-poule, dont la guérison plus tard laisse des traces indélébiles.

Il arrive fréquemment que, sans conseils médicaux, on vient à appliquer sur ces fistules des *cataplasmes*, des *pommades* variant suivant les conseillers, voire même de l'*onguent de la mère*, et le tout pour arriver, croit-on, à une guérison assurée.

Nous en avons vu qui, depuis trois mois, traitaient leurs fistules jugales par l'*onguent de la mère*. Nous avons pu, quand la maladie n'était pas trop ancienne, arriver à la guérison de la fistule par la simple extraction de la dent. Chez certaines personnes dont l'affection était chronique et où l'on ne pouvait obtenir de guérison par l'extraction simple, il aurait fallu un curettage du trajet fistuleux pour aider à l'élimination des parties nécrosées du maxillaire et des fongosités des parties molles, nous nous sommes heurté à la résistance la plus absolue à toute intervention chirurgicale. Le mot seul d'opération faisait frémir l'enfant et les parents encore plus.

D'après l'exposé que nous venons de faire, il est donc important de soigner la dent de 6 ans dès qu'elle est atteinte et de ne pas attendre que la pulpite soit confirmée pour y porter remède. Nous entrerions, autrement, dans des complications de traitement dont le dentiste, si bien qu'il fasse, ne sort pas toujours victorieux.

3° Il résulte des deux paragraphes précédents que

l'extraction de la dent de 6 ans est la conclusion nécessaire des affections que nous venons de décrire. Voyons quel en doit être le résultat. A l'époque où l'on est obligé d'arriver à cette extrémité, c'est-à-dire de 8 à 10 ans environ, l'enfant ne possède guère de moyens de mastication. Les molaires temporaires commencent à s'ébranler pour faire place aux bicuspides permanentes. Aussi n'avons-nous jamais compris la théorie de certains auteurs qui ont érigé systématiquement en principe l'extraction de cette dent pour faire place aux deux molaires qui doivent consécutivement venir se placer derrière elle. La forme de cette dent, la longueur de ses racines, son implantation profonde dans le maxillaire, indiquent suffisamment qu'elle est appelée à jouer un rôle très important au point de vue de la mastication et au point de vue de la forme du *maxillaire*.

Si nous examinons les enfants qui de bonne heure ont été privés de cet organe, nous voyons qu'une large brèche existe entre la 2^e prémolaire et la 2^e molaire permanentes. Cette dernière, n'étant plus soutenue par son tuteur naturel, tend à se rapprocher des prémolaires en se penchant en avant, et au lieu de s'articuler directement avec la face mâchelière de sa correspondante, n'offre plus qu'un tubercule à celle-ci pour l'aider à l'acte de la mastication. Ce défaut d'articulation peut amener plus tard une déviation dans la position de la dent de sagesse. Ne pas laisser en place une dent si utile au développement général de l'enfant avant qu'elle n'ait accompli et rendu tous les services possibles est un procédé qui

ressemble beaucoup à celui que certains ambitieux essaient de mettre en pratique en criant : *Place aux jeunes !* Ne vaut-il pas mieux attendre que ceux qui sont avant vous aient rempli leur tâche, aient cessé de produire ? Avant d'aspirer à remplacer quelqu'un, il faut démontrer qu'on fait mieux que lui.

TROISIÈME PÉRIODE

(De 7 à 15 ans)

Cette période est la plus importante au point de vue de la deuxième dentition. Les dents qui vont faire leur éruption pendant cet espace de temps sont destinées à un travail d'entretien et de développement de l'homme jusqu'à l'âge de 25 ans. Depuis 25 ans jusqu'à la fin de l'existence, elles serviront à l'entretien de celui-ci. Les meilleures santés sont celles qui sont entretenues par une bonne mâchoire. Si nous voyons des vieillards se bien porter et conserver un bon estomac, c'est qu'ils ont encore une armature buccale suffisante pour broyer les aliments destinés à les nourrir.

Bien que, actuellement, on soit parvenu à faire des appareils de prothèse aidant puissamment à la mastication, il n'en est pas moins vrai que ce ne sont que des appareils, et comme tels, sujets à se détriquer.

Il est donc préférable d'avoir, sinon de belles dents,

tout au moins de bonnes dents. Si toutefois ces dents venaient à se carier, il faut avoir recours immédiatement aux soins intelligents d'un dentiste ; car il vaut mieux manger avec des dents, fussent-elles constellées d'obturations, mais vous appartenant en propre, qu'avec le meilleur et le plus artistique des appareils de prothèse.

Les dents de remplacement sont beaucoup plus fortes, plus épaisses et plus foncées aussi que les dents temporaires. Les parents s'effrayent, bien à tort, en voyant apparaître larges et belles les deux incisives centrales supérieures. Ils ne se rendent point compte, en effet, que la dent, une fois sortie, ne change plus à l'extérieur, que les maxillaires vont s'accroître et s'accroissent toujours d'avant en arrière. La meilleure preuve de cette croissance est que, chez le nouveau-né, le trou mentonnier est placé entre la canine et la première molaire ; à 7 ans, il est au-dessous de la première bicuspidé, et chez l'adulte, il se trouve au niveau de l'intervalle qui sépare les deux prémolaires. La dent ne changeant point, l'enfant grandit néanmoins et se développe si bien que des dents, qui avaient paru énormes à l'âge de 7 à 8 ans, semblent être plus tard d'une esthétique parfaite.

De 7 à 9 ans, les incisives supérieures et inférieures ont fait leur éruption. Il arrive à ce moment que les dents temporaires s'ébranlent et que les enfants, d'eux-mêmes, en activent leur chute en les secouant avec leurs doigts. Nous parlons du remplacement normal. Dans ce cas, tout va bien. On ne tarde pas de voir surgir, au milieu du bourrelet gin-

gival, le bord incisif plus ou moins crénelé des nouvelles dents.

Ce travail de la nature est loin de se faire toujours aussi régulièrement, et c'est presque chaque jour qu'on nous amène des enfants dont les incisives inférieures ou supérieures ont émergé de la gencive (en dedans, surtout pour le maxillaire inférieur, et en dehors, pour le supérieur) des arcades dentaires, derrière ou devant les temporaires correspondantes. Il n'est pas rare non plus de voir les incisives centrales supérieures implantées dans la voûte palatine.

Lorsque le médecin ou les parents s'aperçoivent à temps de la chose, les inconvénients en sont à peu près nuls. L'extraction des dents caduques permet aux permanentes, qui ne trouvent plus d'obstacles devant elles, de rentrer dans le rang, c'est-à-dire de se fixer sur le bord alvéolaire. Il n'en serait pas de même si l'on laissait croître les permanentes sans se préoccuper des temporaires, car ces dernières, dont les racines n'ont pas eu à subir le travail de résorption normale, peuvent persister de longues années.

Les incisives centrales, comme les latérales leurs voisines, peuvent prendre en outre, par suite de la persistance des caduques, des positions vicieuses et celle entre autres dénommée : *rotation sur l'axe*.

Il nous a été donné de voir chez un *Cubain* d'une trentaine d'années, marié et père de famille, une double rangée d'incisives au maxillaire inférieur. Ce *caballero* était très fier de sa denture. Aussi, ne pûmes-nous jamais lui faire comprendre quel avait été le mécanisme du phénomène dont il était porteur. Une

espèce de zézaïement, conséquence de sa double denture, n'avait rien de désagréable quand il parlait sa langue maternelle, mais devenait insupportable quand il s'avisait de parler en français.

Si l'on veut bien se rappeler que la dent n'est pas implantée dans une alvéole destinée à la recevoir, ce qui amènerait une compression des vaisseaux et des filets nerveux destinés à l'entretenir et à la nourrir; mais que l'alvéole se moule sur les racines de la dent au fur et à mesure que celle-ci se développe, on comprendra facilement que plus tôt les dents caduques gênantes disparaîtront, plus rapidement s'établira la correction de la dent permanente.

Vers 9 ans les premières bicuspides commencent à se montrer. Il est fort commun de voir apparaître en même temps la première bicuspide gauche supérieure et la première bicuspide droite inférieure. Ce que nous avançons là est le résultat d'observations cliniques nombreuses.

Il est rare qu'au moment de l'éruption de ces dents, le chirurgien n'ait pas à intervenir. Cela tient à ce que les prémolaires permanentes viennent ordinairement à opérer leur formation entre les racines des molaires temporaires, lesquelles sont pourvues de 2 divisions pour les inférieures et de 3 divisions pour les supérieures. La résorption ne se fait donc pas de la même manière que pour les dents à racine unique. Il reste donc quelquefois une couronne intacte retenue par des rudiments de racines enkystées dans les parties molles. On voit alors un cuspide de la prémolaire surgir en dehors de la ligne parabolique du

maxillaire. Les dents mortes sont aussi une des causes principales de l'intervention du dentiste.

Bien que les deuxième bicuspidés ne fassent que plus tard leur éruption, il n'en existe pas moins pour elles les mêmes causes et les mêmes difficultés que pour les premières. Il peut arriver aussi qu'au niveau de ces dents le diamètre interprémolaire soit plus étroit que la normale. Celles-ci ne trouvent plus alors à se loger convenablement.

Il peut se faire que par suite de la persistance de la dent temporaire, cette bicuspide viendra à faire sa trouée soit en dedans de la voûte palatine, soit en dehors de l'arcade alvéolaire, suivant la résistance éprouvée par elle. Le phénomène se produit de la même façon au maxillaire inférieur. Seulement c'est du côté de la langue ou du côté vestibulaire que vient à pointer la prémolaire. D'un autre côté, dans le cas de rétrécissement du maxillaire à ce niveau, l'espace compris entre la première molaire permanente et la bicuspide étant insuffisant à loger la dent dont nous parlons, celle-ci peut subir de l'inversion sur son axe ou même venir se placer en dedans de la première bicuspide du côté de la voûte palatine ou du côté de la langue, suivant la mâchoire. Ces implantations vicieuses sont ordinairement réparables.

Les canines qui viennent à se montrer entre 11 et 13 ans, beaucoup plus fortes que leurs voisines les incisives et plus saillantes en même temps, possèdent, à leur développement complet, une racine épaisse et conique, longue, se terminant quelquefois par un petit crochet. Dès que la canine temporaire commence à

remuer, on voit au-dessus d'elle la gencive fortement tuméfiée; et si l'on palpe avec le doigt, on trouvera une bosse considérable déterminée par la dent permanente en train d'effectuer sa descente. Il faut extraire le plus tôt possible la dent caduque, si l'on veut que la permanente puisse prendre rapidement son lieu et place. Dans une bouche bien conformée, la canine a toujours une certaine difficulté à faire son chemin pour se placer comme un coin entre les incisives latérales et les premières bicuspides, pour donner à l'arcade alvéolaire la forme régulière qu'elle doit normalement avoir. Le cuspide de la canine dépasse toujours un peu de quelques millimètres les autres dents. Si l'on attend la chute spontanée de la canine temporaire, il arrivera que la permanente fera son éruption en dehors de l'arcade, restera en saillie et comme menaçante, surtout quand les maxillaires ont des tendances à être rétrécis à ce niveau. Cette position fit qu'on la prit souvent pour une dent surnuméraire, d'où l'appellation de *surdent* qui lui fut donnée.

Cette situation, quand elle est ancienne, est assez embarrassante pour le dentiste consulté. Les uns ont proposé l'extraction pure et simple de cette dent. Il en est résulté que la dent temporaire ayant aussi disparu, les incisives et les premières bicuspides se rapprochent, ce qui est affreux au point de vue esthétique et qui ne remédie en rien à l'*atrésie* du maxillaire. D'autres ont jugé à propos d'extraire les incisives latérales, afin de permettre à la canine de descendre en son lieu et place. Cette opération,

comme esthétique, outre qu'elle n'est pas toujours suivie du succès que l'on attend d'elle, est aussi incorrecte que la première au point de vue de l'harmonie de la bouche.

De 12 à 15 ans nous voyons apparaître les deuxièmes molaires permanentes. Leur éruption est un peu plus pénible que celles des autres, parce qu'elles ont à traverser une couche osseuse beaucoup plus dense. Ces phénomènes d'inflammation qui empêchent quelquefois l'enfant de manger facilement, disparaissent avec assez de rapidité et sans laisser de traces. Il nous est arrivé plusieurs fois de voir les deuxièmes molaires permanentes parfaitement sorties et développées dès l'âge de 9 ans. Nous avons même dans notre collection le modèle d'une bouche appartenant à un enfant de cet âge, et dont les couronnes des quatre dents ont entièrement terminé leur évolution. Nous n'avons pas besoin d'insister ici pour dire qu'il est du devoir du médecin d'appeler l'attention des parents sur les dents nouvellement remplacées, afin de les faire obturer de suite, si quelque-une d'entre elles venaient à être atteinte de carie. C'est pendant cette période de 7 à 15 ans que les plus grands soins de propreté doivent être observés. La bouche, en effet, dans cet intervalle, présente des phénomènes d'inflammation des gencives : expulsion des corps étrangers, laissant après eux des dépressions dans les parties molles, qui à leur tour peuvent loger les détritits alimentaires et y déterminer de l'infection.

Nous avons parlé de la possibilité qu'ont les dents

d'avoir une position irrégulière dans la bouche. Doit-on remédier à ces irrégularités pendant l'évolution des dents de seconde dentition, ou bien si l'on doit attendre que celle-ci soit entièrement terminée. Il y a des cas où nous n'hésitons pas à agir très rapidement, quand nous avons affaire aux dents antérieures et dans des circonstances spéciales, lorsque le port de l'appareil ne peut influencer d'aucune façon l'évolution des dents postérieures.

Lorsque chez un enfant de 9 à 10 ans, nous avons des incisives inférieures venant recouvrir les supérieures dans l'occlusion de la bouche, nous n'hésitons pas à faire l'application d'un appareil qu'on appelle *plan incliné* à cheval sur les dents inférieures, sur lequel viendront frapper les incisives supérieures qui ne tarderont pas à reprendre la place qui leur est propre. Ce travail, durant une quinzaine de jours au maximum, ne peut porter préjudice à l'arrangement des autres dents.

Dans les cas que nous avons signalés plus haut : atrésie du maxillaire, rotation sur l'axe des incisives, implantation vicieuse des prémolaires, nous attendrons que la dentition permanente soit terminée pour agir avec plus de sûreté d'abord et plus de chance de succès ensuite. Si l'on commence à vouloir élargir de trop bonne heure le maxillaire de l'enfant, celui-ci ne comprendra pas ce qu'on lui demande, il se refusera au port des différents appareils qu'on sera obligé de lui appliquer. S'il vient à les accepter à son corps défendant, rien ne prouve que ce sera d'une façon continue. Si bien qu'au lieu d'arriver à un ré-

sultat positif, vous pouvez courir le risque d'une déformation sur laquelle vous ne comptiez pas.

Néanmoins, il y a certains appareils que vers l'âge de 13 ans on peut sans grand inconvénient faire porter aux enfants dont les maxillaires sont rétrécis. Ces appareils, dont la partie active est en fil d'acier (corde de piano) plié plusieurs fois sur lui-même en forme de huit de chiffre, et dont les extrémités libres sont noyées dans une plaque de caoutchouc vulcanisé, sciée par le milieu, afin de lui permettre de faire ressort, dilate d'une façon progressive les arcades dentaires sans gêner la mastication et aussi sans faire éprouver de douleur à l'enfant.

Nous en avons eu d'excellents résultats.

Quant au redressement des dents elles-mêmes et en particulier de celles qui se trouvent en *rotation sur l'axe*, bien que anatomiquement on ait plus de chance de réussite en agissant par des moyens que nous qualifierons d'héroïques, nous préférons attendre que les enfants soient arrivés à l'âge de 17 ans ou 18 ans, au moment où ils peuvent comprendre ce qu'on fait pour eux, pour agir énergiquement sur les dents que nous aurons à remettre en position.

Nous ne sommes pas toujours d'accord avec certains auteurs. C'est un clinicien qui écrit ces lignes, et entre la théorie et la pratique il y a souvent de grandes différences dans l'application des moyens.

Un fait surtout qui nous est resté en mémoire et qui nous a frappé d'une façon toute particulière, c'est le phénomène suivant, qui s'est passé dans le maxillaire droit d'un enfant de 15 ans et demi à qui nous avons placé un appareil de prothèse.

Ce jeune garçon était atteint d'un sarcome du maxillaire supérieur droit, qui avait gagné le maxillaire gauche jusqu'à la deuxième molaire du même côté. La résection du maxillaire droit et de la partie malade du maxillaire gauche ayant été faite, il s'agissait de réparer, au moyen d'un appareil approprié, la large perte de substance qu'avait produite l'opération. Un maxillaire supérieur artificiel fut construit à cet effet, afin de permettre à l'opéré de pourvoir à sa nutrition, en faisant concorder ses nouvelles dents avec ses dents inférieures. Les dents inférieures étaient saines. Mais, pour maintenir l'appareil du haut, il fallut, à l'aide de ressorts, s'appuyer sur le maxillaire inférieur et recouvrir les prémolaires et les molaires de celui-ci. Toutes les dents, à cette époque, se trouvaient au même niveau. La partie gauche de l'appareil se trouvait maintenue par le moignon restant du maxillaire et la dent qui se trouvait en son centre. Le côté droit, qui avait à supporter tout le poids de la joue et les efforts de la rétraction due à la cicatrisation, était maintenu par un ressort qui le reliait à l'appareil inférieur. Les efforts de la mastication, s'ajoutant aux forces que nous venons d'énumérer, amenèrent un enfoncement des prémolaires et de la première molaire dans l'épaisseur du maxillaire du même côté. Cette particularité avait déterminé un vice d'articulation auquel on dut remédier en remplaçant cet appareil par un autre, adapté suivant le cas. On comprendra facilement, d'après cette observation, que nous hésitions à agir avec trop de rapidité sur les dents et les maxillaires du jeune âge.

Parmi les moyens que nous avons qualifiés plus haut d'héroïques, il en est deux qui méritent de fixer l'attention.

Le premier, qui ne porte aucun nom d'auteur, parce qu'il a dû venir à l'esprit de tout dentiste, est employé pour la déviation dite *rotation sur l'axe*. Toutefois, ce moyen ne peut-il guère s'appliquer aux prémolaires supérieures, qui ont souvent deux racines, non plus qu'aux inférieures dont la racine n'est pas toujours conique, mais le plus souvent aplatie. On ne peut donc le mettre en usage que pour les incisives et canines supérieures. Les incisives inférieures ayant leurs racines aplaties latéralement, et les canines offrant rarement ce genre de déviation. Le procédé consiste à saisir la dent avec le mors d'un *davier* et à faire subir à celle-ci une torsion dans le sens inverse de son implantation.

La deuxième méthode, qui est aussi une méthode de redressement immédiat, est due à M. Bryan, de Bâle, et a été démontrée pratiquement en 1892 à la 18^e réunion annuelle de la Société des dentistes américains d'Europe. Voici un extrait du compte rendu :

« Un jeune garçon d'environ 8 ans sert de sujet; l'opérateur lui injecte de la cocaïne, écarte les parois alvéolaires antérieures et latérales avec un instrument à pointe cunéiforme et attire en dehors avec le *davier* spécial la dent, une *incisive centrale*, qui venait de faire éruption en dedans de l'arcade. Bien que l'opération ait parfaitement réussi et que le petit patient n'ait nullement manifesté de souffrance, et malgré les affirmations réitérées de M. Bryan que

ce procédé est moins cruel et tout aussi sûr que le redressement graduel au moyen d'appareils, cette méthode n'a pas fait beaucoup d'adeptes. »

Que ce soit l'une, que ce soit l'autre de ces deux opérations qui soit pratiquée, il n'en faut pas moins, il nous semble, un appareil de contention pour maintenir dans sa nouvelle position la dent qu'on vient de déplacer. Nous n'avons cité ces deux procédés qu'au point de vue commémoratif, sans les donner comme une méthode à suivre.

Parmi les déformations du maxillaire, il y en a surtout qui atteignent plus particulièrement le maxillaire supérieur. La voûte palatine se trouve plus élevée que d'ordinaire, ogivale au lieu d'être en plein cintre et présentant quelquefois sur la ligne médiane un sillon profond, comme s'il y avait eu un temps d'arrêt dans le développement des deux os maxillaires. Cette forme donne un peu de prognathisme aux dents antérieures. Il arrive aussi quelquefois que les dents incisives inférieures viennent à frapper sur la voûte palatine elle-même, au lieu de venir comme normalement s'articuler avec les talons des incisives supérieures. Il en résulte un espace libre entre les deux arcades.

Certains auteurs ont prétendu que la plupart des déformations du maxillaire supérieur étaient dues à des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Ces tumeurs obstruent quelquefois ce pharynx et ne laissent aucun écoulement libre à l'air destiné à la respiration. Elles sont fréquentes, mais jouent-elles le rôle aussi grave que celui de déformer la voûte palatine ?

Les enfants atteints de cette affection respirent la bouche ouverte, ce qui leur donne une physionomie d'hébété. Ils sont sujets à devenir sourds et ont de fréquentes amygdalites.

Doit-on conclure de cela, comme certains rhinologistes et certaine doctoresse américaine, *Annie Felton Reynolds*, au dernier Congrès des dentistes à *Chicago*, que la pression produite d'une façon constante sur la voûte palatine par l'air que l'enfant adénoïtique respire par la bouche, refoule peu à peu la voûte, et amène comme conséquence l'aplatissement transverse du maxillaire supérieur et la saillie de l'os incisif en dehors? Nous ne le croyons pas. Nous ne pourrions expliquer de la même façon le rétrécissement correspondant du maxillaire inférieur, qui dans ces cas cependant s'articule parfaitement pour les besoins de la mastication avec les dents de l'antagoniste déformé.

Doit-on laisser dans cet état la bouche de l'enfant, et ne doit-on pas essayer de lui rendre une conformation plus naturelle? Nous penchons pour ce dernier parti. Avant de commencer ce travail de longue haleine et où plusieurs mois sont nécessaires avant d'arriver à un bon résultat, car si l'on distend le maxillaire supérieur, il faudra en faire autant de l'inférieur, afin que la concordance soit toujours la même entre les dents, il faudra préalablement prier un spécialiste de débarrasser l'enfant de ces tumeurs adénoïdes. Ce ne sera que sur l'affirmative du rhinologiste traitant, que l'enfant respire bien et n'a plus dans le pharynx nasal aucun corps étranger, que le

dentiste pourra entreprendre l'opération du redressement.

S'il arrivait que pendant l'espace de 8 à 15 ans les dents antérieures de l'enfant vinssent à être cariées à ce point que, par suite de complication du côté de la racine (*périodontite phlegmoneuse*), on fut forcé d'arriver à l'extraction, nous conseillons fortement dans ces circonstances d'essayer de la réimplantation. Nous avons eu pour notre compte plusieurs cas dans lesquels nous avons été obligé d'agir ainsi, et nous ne comptons pas encore d'insuccès.

Nous ne voulons point terminer ce travail sans dire quelques mots de l'alimentation. Nous savons que les dents sont des produits de l'économie et comme tels, subissant les désastreux effets d'une nutrition insuffisante. Les dents comme les os sont en grande partie constituées par des sels minéraux. Cet état de calcification se développe de plus en plus au fur et à mesure que l'homme avance en âge, ce qui fait que chez le vieillard les os se fracturent facilement et que les dents qui n'ont point été déchaussées par une affection quelconque se brisent plutôt sous l'instrument qui les veut extraire que de sortir de leurs alvéoles.

La nourriture de l'enfant, surtout au moment de la croissance et du développement des dents permanentes, doit être plutôt phosphatée qu'azotée. Nous avons vu dans notre clientèle des enfants que nous avons commencé à soigner à 8 ans, qui ont grandi d'une façon démesurée en quelques années. Leurs dents sont devenues friables, à peine avaient-elles

fait leur éruption. Il n'est pas douteux qu'au moment de cette croissance exagérée les sels de chaux aient été insuffisants dans l'économie pour satisfaire à la fois au développement du système osseux et du système dentaire.

Comme complément à ce que nous venons de dire, il ne faut point oublier que certaines préparations dites *dentifrices* sont d'excellents adjuvants pour l'entretien des dents et de la bouche. Il faut éviter les solutions phéniquées, salicylées, boriquées, dont l'usage journalier attaquerait l'émail des dents. Mais, outre les poudres alcalines, on peut se servir de certains savons spécialement faits pour cela, à base de thymol, qui, avec des liqueurs alcooliques, aromatiques, tenant en solution, suivant leur taux de solubilité (le salol, le thymol, le chloroforme), véritables antiseptiques, complètent l'arsenal indispensable à toute personne soucieuse de sa bouche et de ses dents.

Nous terminons ici cet exposé général de l'hygiène dentaire chez l'enfant, croyant qu'avec ce petit bagage le médecin et le dentiste pourront agir en connaissance de cause. Pressé par les circonstances, nous n'avons pu étendre le cadre du sujet traité. Nous nous réservons sous peu d'y revenir et de compléter cette étude un peu raccourcie.

CONCLUSIONS

1° Les dents étant des organes indispensables à la nutrition, et par suite au développement et à l'entretien de l'individu, doivent être conservées le plus longtemps possible.

2° Leur conservation chez l'enfant est de toute nécessité. Les dents temporaires exigent plus de soins que les permanentes.

3° Leur bon entretien s'obtient par des soins journaliers de bouche trop souvent négligés et l'emploi raisonné de certains dentifrices. Il s'obtient aussi en réparant les brèches causées aux dents par la carie, en pratiquant l'obturation.

4° Le médecin doit avoir la haute direction sur les soins à donner à la bouche de l'enfant, surtout pendant la seconde dentition. Il sera seul juge des moyens à employer, tant pour le redressement des dents à implantation vicieuse que pour les corrections à faire aux maxillaires déformés.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TRIPIER.
